Centre Régional d'information et de Prévention du Sida CRIPS
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le dépistage de l'infection à VIH

Dossier de synthèse documentaire
et bibliographique

Mars 2013

Marseille : 18, rue Stanislas Torrents 13006 Marseille – Tél. : 04 91 59 83 83 – Fax : 04 91 59 83 99
Nice : 6, rue de Suisse 06000 Nice – Tél. : 04 92 14 41 20 – Fax : 04 92 14 41 22
Code APE : 913 E – N° SIRET : 391 262 508 00032 – Association Loi 1901

SOMMAIRE

Le dépistage en France 2
Le dispositif des CDAG
La consultation de dépistage
Le recours au dépistage
L'activité de dépistage
Le dépistage tardif
Les tests rapides

Le rôle du dépistage dans la prévention 7
Le dépistage comme outil de prévention
Les comportements de prévention des personnes atteintes
Le traitement des personnes infectées comme outil de prévention

2006 - Recommandations des Centers for Disease Control and Prevention 8

2006 - Le rapport du Conseil National du Sida 9
Elargir l'offre de dépistage
Repenser le counseling et la réalisation du test

2007 - Les recommandations de l'ONUSIDA sur le dépistage 11

2008 / 2009 - Les recommandations de la Haute Autorité de Santé 12

2010 - Le Plan National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 13

Les stratégies de dépistage en population générale 13
Urgences et premiers secours
Médecine de ville
Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Les stratégies de dépistage en santé communautaire 17
Développement des TROD
RDRs - réduction des risques sexuels : le sérotriage
Home-tests

Conclusion 20

Bibliographie 21

Le dépistage en France

En France, le dépistage de l'infection par le VIH repose sur le volontariat des personnes dépistées et ne peut être réalisé à l'insu de l'individu. La personne doit être informée, donner son accord et avoir communication des résultats. L'acte de dépistage est confidentiel et doit s'accompagner de conseils et de possibilités de dialogue.

Les seuls cas où le test du VIH est obligatoire sont les dons de sang, d'organes, de gamètes et de lait ainsi que les missions militaires à l'étranger et certaines professions comme par exemple pilote de ligne ou boxeurs. Lors de la grossesse, le test de dépistage doit être systématiquement proposé. Sa réalisation n'est pas obligatoire. Souvent, le test est également prescrit dans le cadre d'un bilan préopératoire.

L'organisation du dépistage de l'infection à VIH en France repose jusque là sur une organisation médicalisée. Ceci a pour objectif de garantir que le test sera réalisé au moment le plus opportun, complété par d'autres recherches si nécessaire, et que le résultat pourra être rendu et expliqué par un professionnel.

Le dépistage du VIH en France nécessite un consentement libre et éclairé. La démarche de dépistage est une démarche personnelle volontaire. Le dépistage du VIH ne peut être fait qu'à la demande de la personne ou avec son accord s'il lui est proposé.

Le dispositif des CDAG

Le 1er test de dépistage de l'infection à VIH est mis au point dès 1984. Le 1er août 1985, le test de dépistage du VIH est rendu obligatoire en France pour tout don du sang. En parallèle, son utilisation en dehors de ce contexte reste limitée et compliquée. De ce fait, on assiste à une fréquentation importante des centres de collecte de sang par des personnes ayant eu des comportements à risques et inquiètes d'une possible séropositivité, dans le but de connaître leur statut sérologique. Face à cette situation, pour encourager et faciliter les tests volontaires tout en garantissant le secret des résultats, les pouvoirs publics créent les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) dans tous les départements français avec la possibilité de faire un test anonyme et gratuit.

Le dispositif des CDAG est inscrit dans le cadre de la loi de santé publique du 30 juillet 1987 qui spécifie que « dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite le dépistage de l'infection par VIH ». Le décret d'application du 18 janvier 1988 et la circulaire du 20 janvier 1988 exposent la philosophie de l'ensemble du dispositif et précisent les modalités pratiques de fonctionnement. Ces textes de loi stipulent que les CDAG doivent venir compléter le dispositif de lutte contre l'infection par le VIH et assurer des fonctions d'accueil et d'information, d'examen médical et biologique ainsi que d'orientation. Par la suite, leur mission a été élargie au dépistage des hépatites.

Dans les faits, il existe au moins un centre de dépistage anonyme et gratuit par département. La loi de santé publique d'août 2004, redonne à l'Etat sa prérogative en matière de prévention et de lutte contre la lèpre, la tuberculose et les IST. Ainsi, depuis 2005, l'organisation des CDAG est revenue sous la tutelle de l'Etat, même si dans de nombreux départements les conventions ont été reconduites avec les Conseils Généraux.

En septembre 2012, dans son avis sur les conditions de la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles **[23]**, le Conseil National du Sida recommande le renforcement des missions traditionnelles des CDAG notamment en terme de plages horaires et d'actions innovantes de dépistage pour toucher les populations les plus

vulnérables aux risques de transmission du VIH et des IST. Il propose également le développement de structures de type "centre de santé sexuelle" en partenariat avec les acteurs locaux et associatifs.

Dans d'autres centres tels que les centres de planification et d'éducation familiale, le dépistage n'est pas anonyme, mais il est également gratuit et, bien sûr, protégé par le secret médical. Le test peut également être prescrit par un médecin dans le cadre d'une consultation et être réalisé dans un laboratoire d'analyses médicales. Le test de dépistage du VIH est remboursé à 100% par la sécurité sociale.

La consultation de dépistage

Le test de dépistage doit être prescrit par un médecin et ne peut se faire qu'avec le consentement de la personne. Une information préalable doit être donnée afin de préparer la personne à l'éventualité d'un résultat positif. Ce temps de dialogue permet également d'aborder les questions de prévention. Le rôle du médecin est de procéder avec la personne à un examen de la situation puis, si nécessaire, de prescrire les tests diagnostiques adaptés. En effet, une consultation de dépistage n'aboutit pas automatiquement à la réalisation d'un test. C'est le dialogue avec le médecin qui conduira à la décision de prescrire ou non un test.

Suite aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'octobre 2008 **[43]**, un arrêté publié le 28 mai 2010 modifie les conditions biologiques de dépistage de l'infection à VIH. Désormais, les biologistes utilisent un seul réactif de type ELISA à lecture objective permettant la détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et 2 et de l'antigène p24, communément appelé test ELISA combiné de 4ème génération. En cas de résultat positif, on réalise alors un test de confirmation spécifique, Western Blot ou Immuno Blot. La très grande sensibilité des tests ELISA fait qu'ils peuvent dépister parfois de fausses positivités. De ce fait, il est important de faire confirmer le résultat par le Western Blot qui est spécifique des anticorps du VIH.

Le résultat, qu'il soit positif ou négatif, doit être rendu et expliqué lors d'une consultation. La personne peut alors s'entretenir avec le médecin et bénéficier de conseils adaptés à la situation. L'accompagnement et le counseling mis en place sont des facteurs favorisant la prise en charge des personnes atteintes après l'annonce du résultat positif du test. Ils sont également propices à une réflexion sur les comportements de prévention après un résultat négatif.

Le recours au dépistage

L'enquête KABP sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH de la population générale adulte réalisée périodiquement depuis 1992 a été renouvelée en 2010 **[10]**. Les résultats complets de l'enquête sont attendus courant 2013, mais d'ores et déjà, ont été publiées en décembre 2011 les premières données concernant l'Ile-de-France, qui présentent de nombreuses similitudes avec les données nationales.

Ainsi, les auteurs notent l'augmentation régulière du recours au dépistage dans toute la population française depuis 1992 : en 2010, les hommes sont 62% et les femmes 72% à s'être fait dépister au cours de la vie, le décalage entre les deux sexes s'expliquant sans doute par la réalisation quasi systématique d'une sérologie pendant la grossesse.

Près de 20% des Francilien(ne)s déclarent avoir effectué un test de dépistage du VIH dans les douze derniers mois, proportion en hausse par rapport à 2004 et qui rejoint le niveau maximum atteint en 1994. On retrouve des tendances similaires pour l'enquête nationale, avec toujours un recours plus fréquent au dépistage des jeunes. L'immense majorité de ces tests réalisés récemment l'ont été dans un laboratoire d'analyses sous prescription médicale, le recours aux CDAG restant stable.

L'enquête KABP 2010 met en évidence deux types d'attitudes vis-à-vis du dépistage : une partie des personnes ne sont testées que dans les circonstances d'un test systématique, alors que d'autres augmentent la fréquence des dépistages par des tests à leur initiative. Ainsi, les 3/4 des 18-30 ans considèrent comme efficace de "*faire soi-même un test régulièrement*", proportion en augmentation par rapport à 2004 (64%), et la stratégie consistant à demander un test à ses partenaires est de plus en plus fréquemment envisagée comme efficace pour se protéger du VIH.

Interrogés sur l'évolution des stratégies de dépistage en France, une grande majorité des répondants se disent prêts à effectuer un test à l'occasion d'une consultation chez le dentiste (70%), chez le médecin ou dans les services d'urgence (80%).

Le dépistage après une prise de risque est le second thème d'appel sur la ligne de Sida Info Service **[60]**. En 2009, le dépistage a été abordé par 32 295 personnes soit 38,4% des entretiens. Les 3/4 des questions (76,5%) portaient sur la fiabilité et la validité des tests et plus d'un tiers (37,5%) sur les coordonnées d'un centre de dépistage. Les jeunes sont plus nombreux à se questionner sur le dépistage : 45,1% des 13-24 ans abordent ce sujet dans les entretiens.

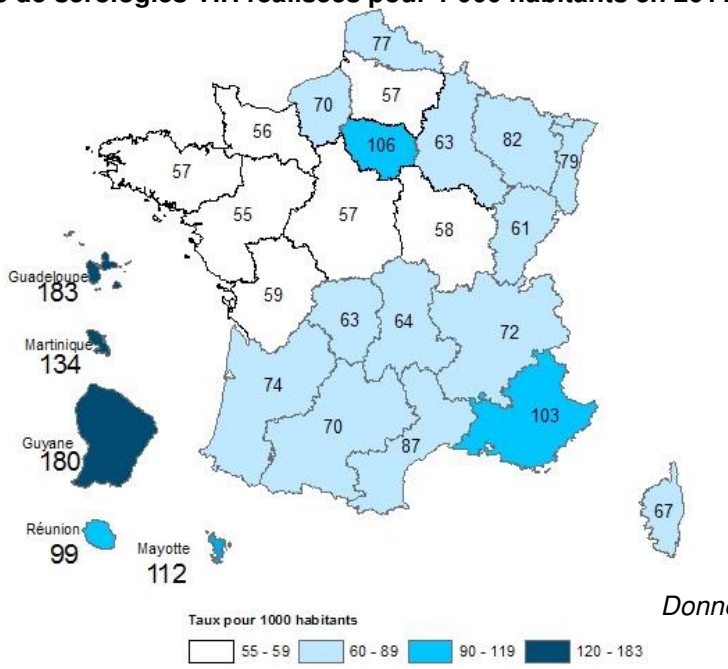
Entre juin et juillet 2010, Sida Info Service a mené sur son site internet une enquête sur le dépistage du VIH et des IST **[25]** sous forme d'un questionnaire à destination des personnes non séropositives. Cette enquête, relayée sur des sites communautaires gays et par la LMDE, a permis de collecter 1 357 fiches. Les 3/4 des participants (76%) ont effectué au moins une fois au cours de leur vie un dépistage du VIH. 59% des répondants projettent d'en effectuer un dans un futur proche. Parmi les 24% de personnes n'ayant jamais fait de dépistage du VIH, 4 sur 10 n'ont pas l'intention d'en effectuer un dans un futur proche. 82% des HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ont déjà été dépistés pour le VIH.

L'activité de dépistage

L'activité de dépistage du VIH (hors don du sang) fait l'objet d'une surveillance particulière au niveau national et par région (LaboVIH).

En 2011, le nombre de tests VIH réalisés est estimé par l'InVS à 5,2 millions dont 7% dans les CDAG. Rapporté à la population française, ceci représente 79 tests pour 1 000 habitants. Le nombre de tests réalisés en France a augmenté en 2011 de 4%. En région PACA, le nombre de dépistage est resté stable mais à un niveau plus élevé que dans les autres régions : 103 tests pour 1 000 habitants en 2011.

Nombre de sérologies VIH réalisées pour 1 000 habitants en 2011 par région

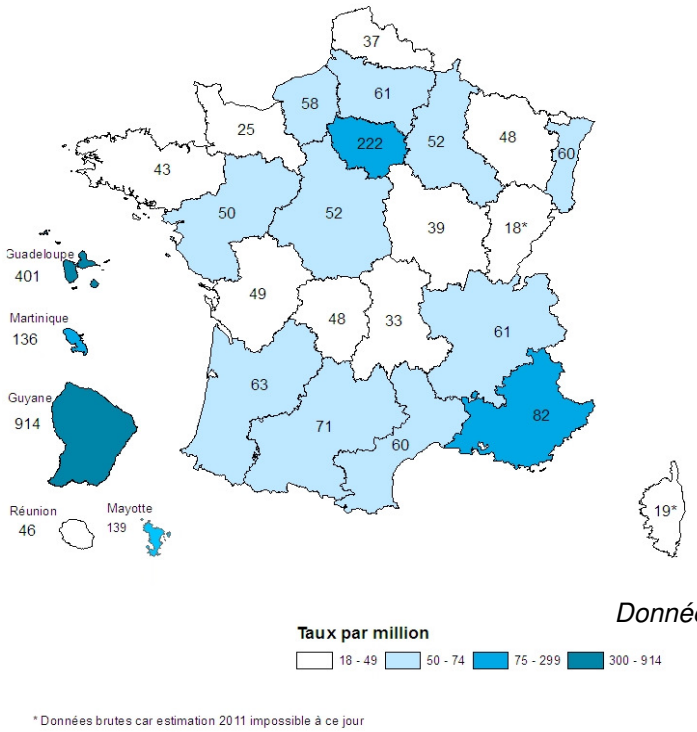


Données InVS, novembre 2012

En 2011, le nombre de sérologies confirmées positives au niveau national est estimé à 10 500 dont 12% en CDAG. Cela représente 6 088 découvertes de séropositivité en 2011 soit 93 découvertes de séropositivité par million d'habitants en France.

Le nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants varie selon les territoires. La région PACA présente toujours le plus fort taux de découvertes de séropositivité après les DOM et l'Ile-de-France avec 82 découvertes de séropositivité par million d'habitants.

Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants en 2011 par région



Données InVS, novembre 2012

Le dépistage tardif

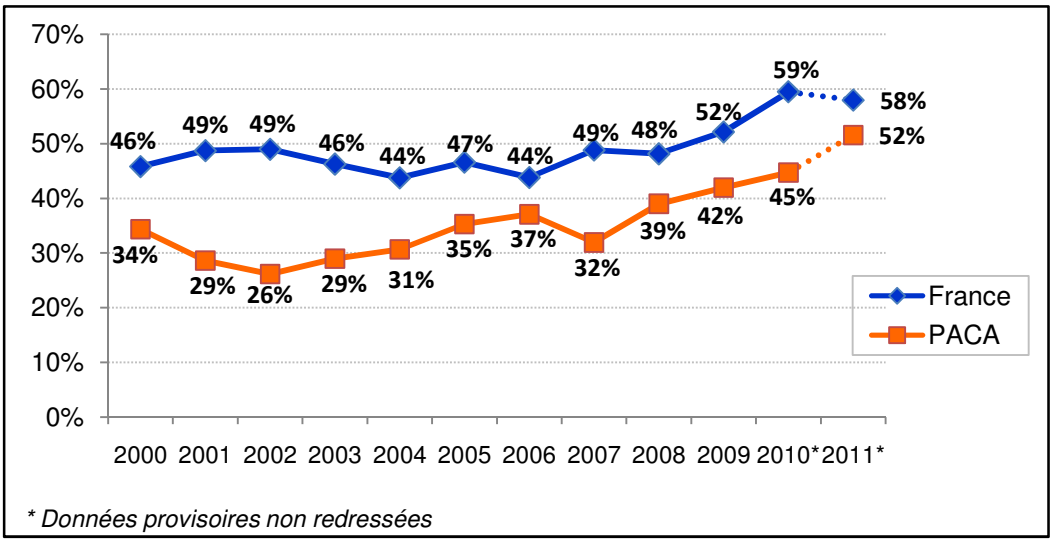
Malgré l'importance de l'activité de dépistage, on note en France une persistance préoccupante d'un retard au dépistage alors que les bénéfices d'une prise en charge précoce de l'infection par le VIH ont été soulignés tant d'un point de vue individuel que collectif.

Selon la définition donnée par l'InVS, le dépistage tardif concerne les personnes qui n'ont découvert leur séropositivité qu'au stade sida. Certains auteurs y ajoutent les patients diagnostiqués à un stade d'immunodépression avancé (moins de 200 CD4/µl) même sans signes cliniques de sida.

En France, en 2011, 58% des cas de sida diagnostiqués concernent des personnes qui ignoraient leur séropositivité avant le stade sida. En région PACA, une part importante des diagnostics de séropositivité se fait de manière précoce mais le dépistage tardif existe également. En 2011, la moitié des cas de sida diagnostiqués en PACA concernent des personnes qui ignoraient leur séropositivité avant le stade sida.

Cette tendance est liée à l'évolution du mode de contamination dans la région PACA. Historiquement, l'usage de drogue par voie intraveineuse était dans notre région le principal mode de contamination qui concernait des personnes ayant eu des contacts antérieurs avec des dispositifs sanitaires et/ou pénitentiaires. Ces usagers de drogue avaient souvent bénéficié d'un dépistage au cours de leur vie, suivi ou pas d'une prise en charge médicale. L'évolution de ces dix dernières années vers des modes de transmission sexuelle nous rapproche des chiffres nationaux avec plus de diagnostics tardifs.

Pourcentage de personnes ignorant leur séropositivité dans les diagnostics sida par an, en France et en PACA, au 31 décembre 2011



InVS 2012 - données au 31 décembre 2011

Plusieurs facteurs sont évoqués pour expliquer les dépistages tardifs :
- certaines personnes ne se perçoivent pas comme « à risque »,
- d'autres personnes ont conscience d'avoir pris des risques mais n'ont pas fait la démarche de dépistage,
- certains groupes de population ont un accès difficile au dispositif de dépistage.

Si certaines personnes ne savent pas où réaliser un test ou s'inscrivent dans un rapport de méfiance avec le monde médical, d'autres ont des préoccupations vitales qu'elles placent avant la connaissance de leur statut sérologique. C'est notamment le cas des personnes en situation précaire, économiquement ou socialement, pour lesquelles les questions de logement et de nourriture sont des priorités vitales. La notion de vulnérabilité multifactorielle peut être aggravée par une barrière culturelle et/ou linguistique qui fait que certaines personnes n'ont pas accès à l'information parce que les messages et les vecteurs de communication ne sont pas adaptés.

Les tests rapides

Depuis le début des années 90, différentes techniques ont permis de réaliser des tests de dépistage à résultat rapide. Depuis le milieu des années 2000, des tests rapides, utilisant les techniques d'immunofiltration ou d'immuno-chromatographie à la recherche d'anticorps anti-VIH, ont obtenu le marquage CE et sont utilisés chez certains de nos voisins européens.

Les tests rapides permettent d'obtenir un résultat dans un délai inférieur à 30 minutes grâce à un kit de réactifs sans avoir besoin d'avoir recours aux équipements sophistiqués d'un laboratoire. Ils peuvent être réalisés sur différents fluides biologiques dont le sérum, le sang total ou la salive.

Le fait de rendre le résultat juste après la réalisation du test permet d'éviter la non remise de résultat quand le patient doit revenir quelques jours après.

En 2010, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) entrent dans le cadre législatif :
- L'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale crée une nouvelle catégorie de test, les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) qui ne rentrent pas dans l'exercice classique de la biologie médicale. **[3]**
- L'arrêté du 28 mai 2010 vient fixer les conditions de réalisation du diagnostic biologique du VIH et du TROD dans les situations d'urgence. **[4]**

- L'arrêté du 9 novembre 2010 développe les conditions de réalisation des TROD en dehors des situations d'urgence et inscrit les structures associatives dans les nouvelles stratégies de dépistage. **[6]**

L'arrêté du 9 novembre 2010 précise les personnes et structures pouvant réaliser des dépistages par les tests rapides d'orientation diagnostique, les modalités d'utilisation des TROD, la convention d'habilitation avec l'ARS territorialement compétente et la formation des personnes amenées à réaliser les TROD. Cet arrêté explicite pleinement le rôle des structures associatives dans la mise en œuvre du dépistage dans les actions de santé communautaire.

Le rôle du dépistage dans la prévention

Le dépistage comme outil de prévention

Le dépistage vise à détecter et à traiter une maladie à sa phase asymptomatique. Il est mis en place s'il s'agit d'une maladie grave, si des tests fiables et peu coûteux sont disponibles et que l'on améliore la prise en charge par un dépistage précoce.

Dans la lutte contre le sida, le dépistage est aussi un outil de prévention primaire. La démarche de dépistage dans un couple stable avant l'arrêt de l'utilisation des préservatifs est aussi la validation d'un comportement de prévention adapté. Les CDAG sont des lieux d'information délivrant des messages ciblés et personnalisés. Le fait de se faire dépister entraîne une réflexion personnelle sur son comportement et ses prises de risques.

La consultation de dépistage aide également à s'approprier un comportement de prévention adapté. Le counseling offre aux personnes l'opportunité de parler de leur situation personnelle, notamment de leur vécu dans les relations sexuelles et de leurs difficultés éventuelles à se protéger.

La remise d'un résultat négatif par le médecin en précisant les limites du test effectué, comme le délai de séroconversion, permet d'éviter une fausse assurance et/ou un sentiment de soulagement et de déresponsabilisation lié à ce résultat.

Les comportements de prévention des personnes atteintes

Faire une démarche de dépistage c'est, en cas de résultat positif, pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale et d'un soutien psychologique et social durable mais aussi pouvoir être informé et encouragé à adopter des moyens de prévention pour protéger ses partenaires éventuels.

Des études réalisées aux Etats-Unis, regroupées dans la méta-analyse de Marks **[53],** basées sur les changements de comportements des personnes une fois dépistées séropositives montrent que le taux de transmission par les personnes connaissant leur séropositivité est 3,5 fois inférieur au taux de transmission par des personnes qui ne connaissent pas leur séropositivité.

Cependant, ces résultats doivent être temporisés car ces études ont été réalisées après des démarches volontaires de dépistage et ne sont pas extrapolables à des dispositifs plus systématisés de dépistage. Il s'agit essentiellement d'études réalisées avant la mise au point de traitements efficaces. Or, depuis l'avènement des trithérapies la perception de la dangerosité du sida a diminué dans la population générale ce qui contribue au relâchement des comportements de prévention et donc probablement aussi chez les personnes séropositives. De plus, la majorité des enquêtes ont porté sur un laps de temps assez court après l'annonce de la séropositivité allant de quelques mois à quelques années.

Le traitement des personnes infectées comme outil de prévention

La connaissance de son statut sérologique est une condition indispensable pour bénéficier d'une prise en charge et d'un traitement, lequel entraîne une diminution de la charge virale des personnes infectées, voire la rend indétectable, ce qui diminue leur potentiel contaminant et donc permet une diminution de la transmission du VIH.

En 2008, l'équipe suisse du Pr Hirschel **[63]**, s'appuyant sur des études épidémiologiques antérieures, démontre que les personnes séropositives suivant un traitement antirétroviral « à la lettre », avec une charge virale indétectable depuis six mois et en l'absence de toute autre IST ne transmettent pas le VIH au cours d'une relation sexuelle. Cette déclaration, connue comme le « Swiss Statement », a dans un premier temps fait débat. Depuis, d'autres publications et avis d'experts, notamment les résultats de l'essai international HPTN 052 **[20]** présentés en mai 2011 par le National Institute of Health (NIH), sont venus corroborer cette étude et le traitement s'est peu à peu imposé comme un des outils de la prévention combinée.

Le traitement antirétroviral comme outil de prévention dépasse les efforts de prévention individuelle pour se diriger vers une approche qui vise la réduction du nombre de nouvelles infections par le VIH dans une communauté ou une population entière. L'idée est que si un nombre suffisant de personnes vivant avec le VIH étaient diagnostiquées et traitées efficacement, la quantité de virus circulant dans la communauté serait moins importante. Cette réduction de la charge virale moyenne au sein d'une population se traduirait par un nombre moins important de transmissions lors de situations d'exposition au VIH.

En 2011, suite à la publication des résultats de l'essai international HPTN 052, le Conseil National du Sida, tout en saluant cette nouvelle reconnaissance du traitement comme outil novateur de prévention contre le sida, rappelle dans un communiqué **[21]** que l'intérêt préventif du traitement est conditionné par un accès beaucoup plus large et précoce au dépistage et au traitement et que le traitement s'intégre dans une approche combinée de la prévention.

2006 - Recommandations des Centers for Disease Control and Prevention

Aux Etats-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) se sont penchés sur la problématique du dépistage et ont publié en 2006 de nouvelles recommandations pour un dépistage élargi et systématique dans les lieux de soins **[15]**. Notons que le dispositif et le contexte de dépistage américains diffèrent de la situation française notamment par le fait qu'aux Etats-Unis la personne devait exprimer son consentement par écrit.

Les CDC se sont basés sur un certain nombre d'arguments pour établir ces nouvelles recommandations :

- le manque d'efficacité du dépistage ciblé et le poids des diagnostics non faits,
- une efficacité du counseling pré-test qui n'est pas totalement établie,
- l'existence d'opportunités de dépistage manquées,
- un rapport coût-efficacité acceptable d'un dépistage de routine.

En effet, les études américaines montrent qu'un quart environ des séropositifs aux Etats-Unis ignorent leur statut et qu'au moins 54% des nouvelles infections sexuelles sont transmises par ce quart de personnes non dépistées, soit 3,5 fois plus de transmissions parmi ces dernières que parmi les séropositifs connaissant leur statut.

De plus, la démographie de l'épidémie a changé et les stratégies de dépistage basées sur l'évaluation des risques ne suffisent plus. Si l'on reconstruit le parcours de vie des séropositifs

avant que leur diagnostic ne soit posé, on peut observer des contacts avec des structures de soins qui n'ont pas conduit à un dépistage plus précoce.
Les nouvelles directives américaines recommandent en population générale le dépistage de l'ensemble des patients de toutes les structures de soins. C'est-à-dire que l'ensemble de la population adulte se voit proposer en routine, voire même de manière systématique, un test de dépistage lors de ses différents contacts avec le système de santé. Concernant les personnes à risque élevé vis-à-vis du VIH, les recommandations avancent la possibilité d'un test répété chaque année.

Le nouveau dispositif prévoit également une simplification du déroulement du test avec la possibilité de s'affranchir d'un recueil de consentement préalable et du counseling pré-test. Cette stratégie de dépistage « opt-out » part du principe que tout patient recourant aux soins est susceptible d'être dépisté pour le VIH par l'équipe médicale sans consentement spécifique. Le patient est informé qu'une sérologie VIH peut être pratiquée et il doit exprimer son refus expressément s'il s'y oppose.

L'objectif est de faciliter la réalisation des tests et d'augmenter le nombre de sérologies réalisées en étendant la pratique de dépistage au delà des groupes à risque et des zones de forte prévalence du pays. Il s'agit d'augmenter le dépistage de la population générale, au travers de toutes les structures de soins, pour détecter plus précocement et identifier les personnes ignorant leur séropositivité.

Dans les recommandations, le recueil d'un consentement écrit est clairement abandonné. Le dépistage peut systématiquement être proposé et la personne concernée doit s'inscrire désormais dans une démarche active de refus. Enfin, les recommandations n'incluent pas de procédure pour les counselings pré- et post-test.

S'il existe un consensus sur la nécessité d'élargir l'accès au dépistage, en revanche le débat demeure sur les composantes de l'offre de dépistage et comment procéder : opt-in (il faut exprimer son consentement) ou opt-out (il faut exprimer son refus), degré d'information et de counseling pré-test ou encore existence d'un counseling post-test. Les opposants aux nouvelles recommandations craignent notamment une dérive vers un consentement qui pourrait devenir seulement implicite à « l'insu du plein gré » des patients.

On peut également craindre que la volonté d'augmenter le nombre de sérologies réalisées, voire de rendre le test de dépistage systématique ne s'inscrive dans une logique de contrôle social plus que dans une optique visant à favoriser la prise en charge précoce.

2006 - Le rapport du Conseil National du Sida

Malgré l'existence d'un dispositif national de dépistage et un système de prise en charge efficace, la situation actuelle française fait état de retards évidents au dépistage. C'est dans ce cadre qu'en 2006 le Conseil National du Sida (CNS) s'est autosaisi de la question du dépistage et a auditionné les principaux acteurs concernés avant de rédiger un rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage en France **[24]**.

Elargir l'offre de dépistage

Le rapport aborde les nécessaires changements de paradigme concernant le dispositif de dépistage. Il plaide en faveur d'un élargissement des propositions de dépistage en général et d'un effort plus spécifique à mener dans les régions de forte prévalence, en particulier les Départements Français d'Amérique (DFA).

L'optimisation du dépistage passe autant par une meilleure utilisation des structures existantes que par l'augmentation du dépistage dans les régions prioritaires et auprès des populations les plus exposées.
En ce qui concerne les moyens d'optimiser le dépistage, le rapport propose que les Coordinations Régionales de lutte contre l'infection à VIH (COREVIH) contribuent à l'évolution de l'offre de dépistage tandis que les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) orientent leurs actions vers les communautés qui font face à de fortes prévalences.

Le CNS recommande de généraliser la proposition de test de dépistage soumis à l'accord du patient lors de recours aux soins tout en proscrivant le dépistage à l'insu. La proposition de dépistage doit devenir plus systématique lors des pratiques courantes de soins pour l'ensemble des publics.

L'incitation au recours au dépistage doit pouvoir être faite lors d'un bilan de santé systématique, dans les associations humanitaires de santé, dans le cadre de la permanence d'accès aux soins, dans les structures bas seuil mais aussi au cours d'une incarcération. Un test VIH devrait être systématiquement proposé aux futurs pères, comme il l'est aux femmes, pendant la grossesse.

Dans la même optique, le CNS veut promouvoir un dispositif mieux adapté aux personnes à fort risque d'exposition au VIH à travers les opérations hors les murs des CDAG qui se déplaceraient vers les publics les plus touchés ou les plus en difficulté d'accès aux soins, dans les CAARUD (Centres d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques auprès des Usagers de Drogue) par exemple.

Repenser le counseling et la réalisation du test

Le rapport défend également l'idée que les pratiques de dépistage, comme le counseling et l'utilisation des tests rapides, doivent évoluer.

De manière concrète la proposition de test devrait être assortie de la mention du « droit de pouvoir refuser » et d'un temps pour la réflexion. Cependant, le CNS note que l'obligation d'un counseling pré-test peut parfois apparaître comme un frein au dépistage et préconise une évolution du counseling en fonction des situations.

Les auditions effectuées par le CNS confirment que de nombreux médecins ont du mal à aborder les questions liées à la sexualité du patient et préfèrent éviter le sujet. C'est pourquoi, le rapport propose de dispenser du counseling le médecin qui pourrait plus facilement proposer un test de dépistage au patient à l'occasion d'examens courants. En parallèle, le counseling doit être renforcé dans le cadre de consultations liées à une prise de risque, un changement de vie sexuelle, une rupture de couple ou encore la prescription d'un contraceptif. D'autre part, le CNS évoque la possibilité de confier le suivi et le counseling à d'autres professionnels tels que des infirmières, des psychologues ou des membres d'associations.

Concernant les tests de dépistage, il est notamment proposé d'évaluer la pertinence d'un seul test ELISA et d'élargir l'utilisation des tests rapides. Le dépistage par test rapide pourrait être utilisé, par exemple, au cabinet du médecin, ou à l'accueil de certaines associations. Ceci permettrait l'accès au dépistage et la connaissance du résultat dans le même temps et de mettre en place une consultation et un suivi si nécessaire. On pourrait éviter ainsi la déperdition de certains patients entre la proposition de test, sa réalisation et la notification du résultat.

L'ensemble des propositions vise le renforcement de l'efficacité du dispositif de dépistage dans le but de diminuer le dépistage tardif et d'atteindre la part de personnes vivant avec le VIH et ignorant leur infection.

2007 - Les recommandations de l'ONUSIDA sur le dépistage

En parallèle des initiatives qui ont permis de développer l'accès au traitement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA ont mis en place un travail de réflexion pour améliorer les pratiques de dépistage dans les pays en développement. Ce travail a débouché en 2007 sur la publication d'un guide en matière de dépistage et de conseil à l'initiative du soignant dans les établissements de santé **[56]**.

Dans cette approche, il est recommandé que le test VIH avec une information pré-test simplifiée fasse partie intégrante de la prise en charge médicale pour les patients fréquentant les établissements de santé, surtout dans les contextes d'épidémie de VIH généralisée.

Le dépistage et le conseil à l'initiative du professionnel de santé dans les établissements de santé doivent toujours s'efforcer de servir au mieux les intérêts du patient et respecter la confidentialité. Il faut pour cela fournir aux individus une information suffisante pour qu'ils décident en toute connaissance de cause et en toute liberté d'accepter ou de refuser le test. Le conseil post-test et l'orientation vers les services appropriés sont essentiels pour tous les patients que le résultat soit positif ou négatif.

Ce guide préconise également la méthode du « consentement présumé », ou approche « opt-out », du dépistage et du conseil à l'initiative du prestataire. C'est-à-dire que les individus doivent refuser le test de façon explicite s'ils ne veulent pas qu'il soit réalisé. Cependant, le refus du dépistage par le patient ne devra jamais conduire à un refus de services par le prestataire, à un traitement coercitif ou à une rupture de la confidentialité. Il ne devra pas non plus affecter l'accès de la personne aux services de santé qui ne dépendent pas de la connaissance de son statut sérologique.

L'OMS et l'ONUSIDA distinguent deux types de dépistage et de conseil à l'initiative du prestataire : le dépistage à visée diagnostique du VIH et le screening, ou dépistage systématique, du VIH pour toute personne consultant dans un établissement de santé.

Dans le cas d'épidémie généralisée d'infection à VIH, pays de forte prévalence, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent le dépistage systématique du VIH pour tous les adultes et adolescents reçus dans un établissement de soins quelle qu'en soit la raison.

La mise en pratique

L'information pré-test simplifiée doit au minimum préciser :
- les raisons pour lesquelles le dépistage du VIH et le conseil sont recommandés,
- les avantages du dépistage en terme de prise en charge et de prévention et les effets négatifs potentiels,
- le fait que le patient a le droit de refuser le dépistage et que le test sera effectué à moins qu'il n'exerce ce droit,
- le fait que le refus du dépistage par le patient n'affecte pas l'accès aux services de soins.

Le conseil post-test fait partie intégrante du processus de dépistage du VIH, et tous les individus qui se soumettent au dépistage doivent bénéficier d'un conseil lors du rendu du résultat, quel que soit ce résultat. L'accès au traitement antirétroviral n'est pas un préalable absolu à la mise en œuvre du dépistage et du conseil mais il est bien évidemment un facteur favorisant et incitatif au dépistage.

Simultanément à la mise en œuvre du dépistage et du conseil à l'initiative du prestataire, les recommandations préconisent d'instaurer une politique de soutien et un cadre juridique avec un processus éthique afin d'obtenir le consentement éclairé, d'adopter des mesures de maintien de la confidentialité, de protection de la vie privée et de prévention de la stigmatisation.

2008 / 2009 - Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) a également effectué un état des lieux des techniques et des stratégies utilisées pour le dépistage de l'infection à VIH et a évalué les principes généraux des modalités de dépistage. Elle a aussi analysé la performance et les stratégies d'utilisation des tests de dépistage rapide à partir d'une revue de la littérature et d'un examen des pratiques dans certains pays industrialisés ainsi que des expérimentations en cours en France.

Fin 2008, la HAS émet un premier volet de recommandations **[43]** concernant les modalités du diagnostic biologique de l'infection à VIH ainsi que sur la place des tests rapides dans les stratégies de dépistage.

Dans ce premier volet, la HAS conclut que le maintien de deux techniques de dépistage sur le même prélèvement, dans le cadre de l'analyse des anticorps anti-VIH n'est plus justifié. Elle préconise l'utilisation d'un seul test ELISA combiné avec détection de l'Ag p24, ELISA de 4ème génération. Le test de confirmation par Western Blot est maintenu ainsi que le deuxième prélèvement.

La HAS a également tranché sur le délai de 6 semaines pour une certitude de séronégativité après une prise de risque.

Elle valide la faisabilité des tests rapides de dépistage et recommande leur utilisation dans certaines situations d'urgence pour obtenir un diagnostic rapide pour une prise en charge adaptée. Ils doivent être réalisés par un professionnel de santé dans une structure d'offre de soins avec le consentement éclairé de la personne et obligatoirement associé à un test de dépistage classique conformément à la règlementation en vigueur. Elle préconise de mettre en place des études d'utilisation des tests rapides dans les autres situations.

En 2009, la HAS présente un second volet de recommandations **[44]** portant sur la nécessité d'une évolution des stratégies et du dispositif de dépistage.

La HAS recommande de proposer le test de dépistage du VIH à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans et cela hors notion d'exposition à un risque particulier. La mise en œuvre de cette stratégie passe par la mobilisation de tous les acteurs de santé à travers la proposition du test dans le cadre des consultations avec le médecin traitant, lors des contacts avec les services de soins primaires ou encore à l'occasion d'un recours aux soins hospitaliers.

Compte tenu de l'hétérogénéité de l'épidémie et de l'existence de groupes de population plus particulièrement affectés, la HAS préconise également la proposition ciblée et régulière du test de l'infection à VIH pour certaines populations telles que les usagers de drogues injectables, les HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ou les personnes multipartenaires.

Elle souligne aussi la nécessité de proposer systématiquement un test de dépistage, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières telles que la suspicion ou le diagnostic d'IST, mais aussi à l'occasion de la première prescription d'une contraception ou lors d'une incarcération.

Enfin, la HAS considère que le recours volontaire au dépistage doit être encouragé et facilité à travers l'amélioration des stratégies actuelles dans le cadre d'un dispositif rénové. Ceci passe notamment par le renforcement des missions et des moyens des CDAG ainsi que par le développement de l'information. Elle rappelle le rôle majeur du médecin généraliste pour encourager et faciliter le recours volontaire et individuel au dépistage et propose que la réalisation du test de dépistage puisse se faire directement dans les laboratoires d'analyse de biologie médicale sans prescription.

En août 2010, c'est l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) qui remet au Ministère de la Santé son rapport d'évaluation de la stratégie de dépistage anonyme et gratuite dans le cadre de la recentralisation de la politique de lutte contre les IST **[46]**. Cette évaluation montre notamment une absence de pilotage national et de vision d'ensemble du dispositif ainsi qu'une grande hétérogénéité des structures le composant tant au niveau des modalités d'organisation et de fonctionnement que des compétences et des pratiques.

En octobre 2010, la revue scientifique PLoS One publie des travaux de modélisation initiés par l'HAS et réalisés sous la direction du Pr Yazdanpanah **[65]**. L'étude met en évidence l'impact clinique et le rapport coût-efficace d'un seul dépistage en routine proposé à l'ensemble de la population française de 15 à 70 ans, et d'un dépistage répété annuellement dans les populations dites à risque.

2010 - Le Plan National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014

Le nouveau Plan National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 **[54]**, élaboré et présenté en novembre 2010 par le Ministère de la Santé, s'est largement inspiré des recommandations d'experts et des diverses expérimentations menées sur le terrain. Ce plan impulse une stratégie volontariste de promotion et de renforcement du dépistage à travers trois grands axes :

- Une proposition de dépistage élargie, hors notion de risque d'exposition au VIH, à l'ensemble de la population générale, par les professionnels de santé de premier recours, associée à une offre de dépistage ciblée et systématique pour les publics les plus exposés ou dans les situations identifiées d'exposition.

- Le développement d'une offre de dépistage communautaire, non médicalisée, en direction des populations les plus exposées et les plus vulnérables ne voulant ou ne pouvant pas recourir au dispositif « classique ».

- Le renforcement et la réorganisation du dispositif anonyme et gratuit, CDAG/CIDDIST.

Au printemps 2011, les COREVIH Paca Est et Paca Ouest Corse, sollicités par l'ARS PACA, ont décliné les actions prioritaires pour la mise en œuvre régionale de ce plan dans le cadre du futur Projet Régional de Santé.

Les stratégies de dépistage en population générale

Urgences et premiers secours

Tout contact avec le milieu hospitalier peut être l'occasion de se voir proposer un test. L'élargissement de l'offre de dépistage basé sur la proposition du test par les prestataires de soins peut permettre d'approcher des personnes qui ne se seraient pas inscrites d'elles-mêmes dans une démarche active de dépistage.

Des études sur le dépistage en population générale à travers la proposition systématique d'un test rapide aux personnes consultant les services d'urgences hospitalières ont été mises en place et ont évalué la faisabilité, l'acceptabilité, l'intérêt et le rapport coût-efficacité de ce mode d'intervention pour dépister de nouveaux cas d'infection par le VIH.

- Entre janvier et avril 2008, il a été proposé à tous les patients adultes consultant aux urgences de l'hôpital Louis Mourier (Hauts-de-Seine) et nécessitant un prélèvement sanguin pour leur prise en charge, de réaliser un dépistage rapide du VIH **[55]**. Plus de 88% des 579 patients éligibles auxquels un test a été proposé ont accepté et parmi ceux qui l'ont refusé, environ la moitié avaient réalisé un test moins d'un an auparavant ou étaient âgés de plus de 65 ans. Cette étude présente plusieurs limites : réalisation uniquement en horaires de jour et inclusion des seuls patients dont les soins aux urgences nécessitaient un prélèvement sanguin (contrôle systématique par Elisa). Elle montre cependant que la proposition systématique de dépistage et la réalisation d'un test rapide est bien acceptée par la population qui fréquente les urgences.

- Les équipes d'Enrique Casalino et Dominique Costagliola ont présenté à la conférence de l'IAS à Rome en juillet 2011 les données préliminaires de l'étude ANRS URDEP menée aux urgences de l'hôpital Bichat et dans 5 autres services d'urgences de la région parisienne entre 2009 et 2011. Les résultats de cette étude, publiés dans PLoS One en octobre 2012 **[13]**, montrent qu'un test rapide de dépistage a été proposé à environ 14 000 personnes avec un taux d'acceptation de 70%. Au total, 9 072 tests ont effectivement été réalisés et 55 patients ont été nouvellement diagnostiqués séropositifs, soit une prévalence de 0,61%. Ce taux est similaire à celui observé dans les CDAG de la région parisienne. Les auteurs de cette étude concluent que « le dépistage basé sur un test rapide tel qu'on peut le réaliser dans le cadre du fonctionnement habituel des urgences est coût-efficace ».

- En octobre 2011, Anne-Claude Crémieux, France Lert, Kayigan Wilson d'Almeida et leurs collègues ont publié dans la revue Archives of Internal Medicine **[27]** les résultats d'une étude menée entre 2009 et 2010 dans 29 services d'urgences adultes d'Ile-de-France pendant une durée de 6 semaines. Sur 78 411 consultants, 20 962 personnes se sont vu proposer un test rapide de dépistage. Les deux tiers (63%) l'ont accepté et 12 754 ont été testés. Une infection à VIH a été découverte chez 18 personnes dont 7 HSH et 10 hétérosexuels originaires d'Afrique Sub-saharienne. 8 infections ont été découvertes à un stade avancé de la maladie. Le faible taux de prévalence au cours de cette étude (0,14%) est légèrement inférieur au taux attendu en population générale et les personnes dépistées appartenaient à des populations à forte prévalence, groupes de populations déjà ciblées par les actions d'incitation au dépistage. Si les chercheurs concluent que le dépistage rapide du VIH au niveau des urgences est faisable et bien accepté, ils estiment en revanche que « ces résultats n'apportent pas d'argument en faveur du dépistage en routine du VIH dans les services d'urgences de la région Ile-de-France ».

Suite à la publication de ces résultats, l'ANRS souligne dans une note de presse **[8]** qu'elle finance sept projets dans le cadre de son programme de recherche sur le dépistage et que les conclusions de cette étude doivent être discutées en tenant compte des résultats de l'étude ANRS URDEP et des données à venir d'autres enquêtes.

Médecine de ville

Le test de dépistage pourrait aussi être plus souvent proposé par les médecins généralistes en particulier lorsque la consultation aborde la thématique de la sexualité. Les consultations en centre de planification, ou chez les gynécologues, traitent de sexualité et de contraception et sont donc aussi des moments privilégiés pour aborder la prévention du VIH/sida et le dépistage. Enfin, si le test est systématiquement proposé à la femme lors de la grossesse, le CNS pense qu'il serait également important de le proposer au père.

Les données issues du Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009 **[52]** montrent que les principales circonstances d'offre de test par les médecins sont la présence de signes cliniques évocateurs et l'identification d'une exposition au risque de contamination. En effet, si le principe d'un dépistage en population générale à l'initiative du médecin est globalement bien accepté (70% des répondants), les avis des généralistes sont beaucoup plus nuancés quand il s'agit de proposer un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent (48,3% des médecins généralistes sont « *plutôt pas d'accord* » et 14,7% « *pas du tout d'accord* » avec cette proposition).

Seuls 58,7% des médecins généralistes trouvent facile d'aborder la vie affective et sexuelle de leurs patients et à peine 36% estiment avoir un rôle de prévention à jouer dans le champ de la sexualité. Les périodes de changements dans la vie affective et intime des patients sont des opportunités de dialogue et d'incitation au dépistage encore rarement saisies puisque moins d'un médecin sur quatre déclare systématiquement proposer un test dans cette situation.

La Direction Générale de la Santé, dans la revue TranscriptaseS **[35]**, insiste par la voix de son chef de bureau VIH/Hépatites/IST sur le rôle des COREVIH dans l'organisation et la diffusion d'une offre de formation adaptée à destination des médecins généralistes. Il s'agit essentiellement de favoriser la banalisation du test en population générale en aidant les professionnels de santé à élargir leur proposition de dépistage mais aussi à améliorer les aspects liés au counseling.

Fin décembre 2011, lors du colloque national « COREVIH en actions », le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), la Société française de lutte contre le sida (SFLS) et la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) ont annoncé la mise en place d'une formation nationale sur le dépistage VIH à destination des médecins généralistes. L'objectif est de favoriser le dépistage généralisé de toutes les personnes de 15 à 70 ans en médecine générale.

Le Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009 **[52]** s'est intéressé aux pratiques et opinions des praticiens en matière de dépistage classique du VIH et des hépatites. Cependant, dans la perspective de la mise à disposition de l'outil TROD en cabinet libéral, la question des freins éventuels au dépistage rapide a également été abordée. L'enquête révèle que plus de la moitié des soignants interrogés identifient la durée de réalisation du test, le manque de formation et la crainte d'une erreur de diagnostic comme des freins à l'utilisation de ces tests en consultation.

En 2012, une centaine de médecins généralistes ont évalué la faisabilité et l'acceptabilité des TROD en médecine libérale de soins primaires dans l'étude DEPIVIH **[38]**. 382 tests rapides (Vikia®) ont été réalisés qui n'ont donné lieu à aucun résultat positif. 8% des résultats se sont avérés indéterminés. Parmi les patients testés, près de 22% n'avaient jamais eu recours au dépistage et pour les autres, le dernier test remontait en moyenne à près de 3 ans. Dans les 2/3 des cas, le test a été réalisé à la demande du patient après avoir pris connaissance de l'affiche informative en salle d'attente.

Dans l'étude DEPIVIH, 42% des médecins font état de difficultés dans la réalisation du test, quasiment toutes liées au recueil de la goutte de sang. Un autre obstacle rencontré par les soignants est le caractère chronophage de la procédure [il faut noter que le TROD utilisé (Vikia®) nécessitait 30 minutes de réalisation]. Néanmoins, 6 médecins sur 10 se déclarent prêts à utiliser le principe du TROD dans leur pratique quotidienne. Les raisons principales données par les praticiens défavorables à cette idée sont la difficulté d'utilisation, le manque de temps et la demande des patients jugée insuffisante. Quant aux patients, 17,7% reconnaissent ne pas avoir réalisé une sérologie classique qui leur avait été prescrite et les résultats démontrent une adhésion forte au principe du dépistage rapide puisque plus de 9 sur 10 jugent préférable la remise immédiate du résultat et recommanderaient le TROD à un ami. 84% trouvent le test moins douloureux qu'une prise de sang.

DEPIVIH montre qu'une procédure de dépistage du VIH par TROD en cabinet de médecine générale rencontre une très forte acceptabilité et un haut degré de satisfaction de la part des patients, et préconise la formation des médecins à cet outil et l'amélioration de la présentation technique du produit. Une étude DEPIVIH2 débute en 2013 avec l'utilisation du test INSTI® à lecture immédiate qui devrait améliorer la faisabilité du test en cabinet libéral.

Une autre étude **[45]** a également été réalisée en Guyane où les médecins généralistes jouent un grand rôle dans le dépistage de l'infection à VIH et représentent près de 70% des sérologies effectuées. Entre le 1er décembre 2011 et le 31 mars 2012, 613 TROD ont été effectués et 6 tests se sont révélé positifs soit 1% des tests réalisés. L'analyse qualitative des résultats montre une forte acceptabilité de la part des patients et 9 praticiens sur 10 jugent cette pratique de dépistage

pertinente et faisable et se sentent à l'aise pour proposer le test, annoncer les résultats mais aussi pour aborder les questions liées à la sexualité de leur patients.

Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Les recommandations du Plan National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 **[54]** soulignent l'importance de diversifier les lieux d'accès au test et d'améliorer la visibilité du dépistage à travers des opérations de dépistage « hors les murs ». Ces initiatives consistent à amener l'offre de dépistage dans des lieux non liés au domaine médical fréquentés par le public visé. Le contexte reste le même que dans les CDAG avec une démarche volontaire de la part du consultant. C'est l'occasion de créer un contact, d'informer, de faire connaître le dispositif existant et de réaliser le test si la personne le souhaite. Les opérations de dépistage hors les murs traduisent une volonté de construire une relation privilégiée avec le public visé et repose sur une prise en compte, voire une anticipation, des problèmes propres aux populations ciblées auxquelles on apporte une réponse adaptée et la possibilité de faire le test.

La perte de vue du patient qui ne se présente pas à la consultation de rendu des résultats doit également être améliorée. Une expérience pilote, menée en 2010 au CDAG de l'Hôpital Saint-Antoine (AP-HP), a évalué la faisabilité et l'acceptabilité de l'utilisation des TROD ainsi que leur impact sur le rendu des résultats dans un centre de dépistage anonyme et gratuit. En effet, les auteurs notent qu'en 2009, sur le CDAG de l'hôpital, seules 7 personnes sur 10 diagnostiquées séropositives au VIH étaient venues récupérer leur résultat. La remise immédiate du résultat dans le cadre d'un TROD pourrait faciliter la démarche des consultants et contribuer ainsi à réduire le taux de méconnaissance de la séropositivité en France.

Un TROD a ainsi été proposé aux consultants dont le risque était compatible avec les critères d'utilisation du test rapide. Le TROD a été systématiquement couplé à une sérologie Elisa. En cas de résultat positif du TROD, le médecin annonçait « un signal positif » et fixait un rendez-vous dans les 5 jours pour un rendu accéléré du test classique Elisa et de confirmation (Western Blot).

Les résultats de cette étude, parus dans le BEH de novembre 2011 **[58]**, montrent une très grande acceptabilité du TROD (près de 97%) et un haut degré de satisfaction parmi les consultants.

L'incidence de découverte de séropositivité au VIH dans cette étude est de 0,5%. Les personnes diagnostiquées séropositives appartiennent toutes à des groupes identifiés comme vulnérables, migrants originaires d'Afrique sub-saharienne et/ou hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le taux médian de CD4 au diagnostic est de 400/mm³ (mais avec de fortes disparités), reflétant un dépistage relativement précoce puisque le seuil actuellement recommandé pour la mise sous traitement antirétroviral est de 500 CD4.

Contrairement à leurs données de 2009 avec test classique Elisa, 100% des personnes dépistées positives par les TROD pendant l'enquête, ont eu connaissance de leur statut sérologique et sont venues récupérer les résultats du test de confirmation, à l'exception de deux personnes déjà au courant de leur séropositivité. Sur l'ensemble des consultants, néanmoins, le taux de rendu des résultats définitifs négatifs est plus faible parmi ceux ayant eu un TROD que chez ceux n'ayant pas eu de TROD (77,7% vs. 84,8%), certains consultants semblant s'être contentés des résultats d'orientation diagnostique.

Cette étude met donc en évidence une augmentation du pourcentage de consultants qui prennent connaissance de leur statut pour le VIH, mais parallèlement une diminution du rendu des résultats définitifs (y compris les sérologies des autres IST) après une semaine, lorsqu'un TROD a été réalisé. L'utilisation des TROD en CDAG semble donc indiquée auprès des personnes pour qui le résultat différé d'un test classique s'avèrerait trop anxiogène. L'équipe de Saint-Antoine note enfin que depuis la mise à disposition de cet outil, la fréquentation du CDAG est en constante et régulière augmentation et semble répondre à une nouvelle demande.

Les stratégies de dépistage en santé communautaire

Développement des TROD

En Europe, différentes initiatives associatives à destination de populations vulnérables ou ayant des comportements à risque ont vu le jour ces dernières années dans l'optique de proposer une consultation de dépistage rapide dans un cadre alternatif au dispositif général. Les lieux d'accueil « checkpoint » **[18]** mis en place notamment à Amsterdam et à Genève illustrent cette situation. Il s'agit de dispositifs de dépistage rapide où la consultation permet en une heure de bénéficier d'un counseling pré-test, de faire un test et d'obtenir le résultat avec un counseling post-test. Ces expériences sont un succès tant dans la perception de l'offre que dans la fréquentation du lieu.

Ces dernières années, la question des tests rapides a fait l'objet en France de plusieurs études cherchant à établir la légitimité d'intégrer ce nouvel outil à l'offre de dépistage existante. En 2008, l'ANRS a créé un nouveau groupe de travail destiné à initier, financer et coordonner des recherches sur les problématiques du dépistage et a lancé un important programme de recherche innovant en collaboration avec le secteur associatif.

L'étude ANRS COM'TEST **[17]** évalue la faisabilité d'un dépistage communautaire auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), réalisé par des acteurs associatifs dans des locaux non médicaux avec des tests rapides. Entre février 2009 et juin 2010, 532 HSH ont bénéficié d'un dépistage réalisé par des acteurs associatifs spécialement formés à cette pratique dans les locaux de l'association AIDES. Parmi les participants à cette étude, 2,8% ont été dépistés positifs ce qui représente 15 HSH. Les résultats publiés dans BMJ Open fin 2012 montrent une acceptabilité élevée de cette offre de dépistage, 92% des personnes se déclarant très satisfaites du service rendu. Trois hommes sur dix de l'échantillon n'avaient pas réalisé de test depuis deux ans et 35% déclaraient des rapports sexuels anaux non protégés avec des partenaires occasionnels de statut positif ou inconnu dans les six derniers mois. Parmi les personnes ayant déjà fait des tests par le passé, 55% trouvent que cette approche communautaire est moins stressante que le cadre traditionnel de dépistage et 88% pensent qu'être testés dans un cadre non-médical offre un meilleur bien-être. Enfin, 98% des participants soulignent avoir pu parler librement de sexualité avec les pairs réalisant le test et aucun ne s'est senti jugé. Ce type d'offre de proximité est donc susceptible d'accroître la fréquence du dépistage tout en permettant un conseil approfondi et plus adapté.

La recherche interventionnelle ANRS DRAG'TEST compare l'impact de deux types de proposition de dépistage auprès des HSH fréquentant les CDAG : dépistage classique versus dépistage rapide avec un counseling communautaire. Cette étude multicentrique s'est déroulée sur 4 sites dont Marseille et Nice. Elle permettra d'établir une comparaison de ces deux offres de dépistage, notamment en termes d'attractivité, de satisfaction et d'efficacité préventive. Elle s'est terminée sur le terrain au printemps 2011 et est en cours d'analyse.

En parallèle, des expérimentations ont été menées dans le champ de la recherche communautaire par des associations de lutte contre le sida. Le Kiosque, à travers son dispositif CheckPoint-Paris, a réalisé de 2010 à 2012 une étude de faisabilité d'un dispositif associatif médicalisé de dépistage du VIH utilisant des tests rapides auprès d'un public d'HSH **[59]**. Depuis son ouverture, CheckPoint a fait face à une demande importante et fonctionne actuellement à saturation. Les personnes choisissent ce dispositif parce que le résultat est rendu lors de la même visite (78%), que c'est un service associatif destiné aux HSH (43%), que les horaires sont pratiques (39%) et qu'il n'y a pas de prise de sang (28%). Au cours des deux ans, 5 242 tests ont été réalisés. Les résultats de l'étude présentés à Copenhague en 2012 lors de la Conference sur le VIH en Europe montrent que le taux de sérologie positive était de 2,46% : 129 infections par le VIH diagnostiquées, dont 31 primo-infections et 19 infections récentes datant de moins de 2 mois.

Une autre étude, appelée COBATEST **[16]**, qui a démarré en 2011 et réunit 8 partenaires européens, permettra de décrire la façon dont les pays membres de l'Europe intègrent des réponses spécifiques aux besoins des communautés (HSH, migrants, usagers de drogue, travailleur(se)s du sexe) en termes de dépistage, notamment par le recours aux tests rapides.

Deux appels à projets ont été lancés en France, par la Direction Générale de la Santé en 2011 et 2012, pour la réalisation de TROD auprès des publics les plus vulnérables : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes migrantes, personnes prostituées, usagers de drogues, personnes vivant dans les départements français d'Amérique. 32 projets dans 19 régions ont été retenus au financement à l'été 2011 par la DGS et des formations aux TROD pour les acteurs associatifs ont été organisées.

RDRs - réduction des risques sexuels : le sérotriage

Depuis plusieurs années se développe, en particulier dans la communauté HSH, une pratique de réduction des risques sexuels : le « serosorting ». La pratique du sérotriage consiste à choisir son partenaire sexuel en fonction de son statut sérologique et elle se développe essentiellement au sein de la communauté homosexuelle masculine. Les individus ayant recours à cette stratégie ne se protègent pas systématiquement et entendent minimiser les risques en choisissant leur(s) partenaire(s) en fonction de leur séroconcordance.

Les personnes pratiquant le sérotriage ont donc recours au test de dépistage de manière régulière. Cependant, le résultat du test ne renseigne que sur le statut sérologique de l'individu à un moment donné et ne permet pas d'identifier les contaminations liées à une prise de risques très récente (fenêtre de séroconversion) ou ultérieures au test ni pour d'autres infections sexuellement transmissibles.

Si le dispositif classique de dépistage associant la réalisation du test à l'évaluation de prises de risques par un counseling pré-test et post-test n'est pas toujours adapté aux attentes des personnes pratiquant le sérotriage, les TROD avec une fenêtre sérologique à 3 mois ne permettent pas à cette population d'avoir une information récente sur leur statut sérologique ou celui de leur partenaire.

Les données ANRS-Primo **[57]** montrent une augmentation des contaminations par fellation pratiquée au moment de la primo-infection, période où la charge virale est maximale et le test encore négatif. Ceci montre bien les limites de la connaissance de la sérologie comme mode de prévention.

Dans son rapport «Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST», la mission sur la réduction des risques sexuels (RDRs) **[50]**, coordonnée par les Pr France LERT et Gilles PIALOUX, souligne l'augmentation de pratiques de choix du partenaire et/ou des pratiques sexuelles en fonction du statut sérologique, connu ou supposé, du partenaire. Or ces pratiques de sérosorting mettent en jeu le besoin d'une connaissance actualisée du statut sérologique et la capacité des partenaires à expliciter mutuellement et honnêtement leurs statuts. C'est pourquoi, la mission préconise de promouvoir le dépistage répété et de former les acteurs du dépistage au counseling sur la question de l'explicitation du statut à ses partenaires.

Home-tests

Le test par auto-prélèvement et auto-analyse à domicile (« home self-testing » ou « home validated testing ») est composé d'un kit de prélèvement et d'analyse. Le sujet réalise lui-même le mélange avec le réactif et lit le résultat par coloration. Le mode d'emploi contient des messages d'information et de conseils.

De nombreuses interrogations se sont posées autour de ces auto-tests, commercialisés notamment aux Etats-Unis ou au Canada, concernant tant leur efficacité que l'impact de leur utilisation : problèmes liés au prélèvement, à l'auto-analyse ou à l'interprétation du résultat. Ainsi, des études **[49]** ont montré que si les home-tests jouissaient d'une bonne acceptabilité de la part du public, la plupart des sujets commettaient des erreurs au cours du processus de prélèvement ou d'analyse.

On peut aussi s'interroger sur l'impact du résultat obtenu hors de tout accompagnement et soutien psychologique. Un résultat positif appris dans la solitude incite-t-il à une démarche de prise en charge ? De plus, l'accès à l'utilisation des auto-tests ouvre également la possibilité de les employer dans des situations coercitives. Le test pourrait alors être imposé par toute personne ayant autorité ou force morale et/ou physique sur l'intéressé.

Cependant, si ces tests à domicile ou home-tests sont, pour l'instant, illégaux en France, ils sont néanmoins disponibles sur Internet qui est devenu un lieu privilégié de rencontres sexuelles pour une partie croissante de la population, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Certains professionnels expriment toujours des réserves liées tant à l'absence d'accompagnement qu'aux risques d'erreurs de réalisation et de lecture du test ou d'interprétation du résultat.

L'étude WEBTEST **[41-42]** réalisée en 2009 vise à évaluer quantitativement et qualitativement le niveau de connaissances et d'utilisation de ces auto-tests par les HSH français fréquentant les sites de rencontre sur Internet.

Les résultats publiés en 2012, montrent que sur 9 169 répondants, 30% connaissent l'existence de ces tests illégaux en France et seuls 3,5% d'entre eux déclarent avoir accédé à des auto-tests vendus en ligne. L'étude identifie certains facteurs associés à cette utilisation : le fait de vivre secrètement sa sexualité, d'avoir entendu parler des auto-tests par un partenaire sexuel ou grâce à un moteur de recherche et d'avoir eu du sexe anal non protégé dans les douze derniers mois.

Parmi ceux ne connaissant pas l'existence des auto-tests, 86,5% se déclarent intéressés pour accéder à ces tests s'ils étaient autorisés avançant comme principales raisons la commodité pour se procurer le test, la rapidité d'accès aux résultats et le caractère privé de la démarche. Les répondants se déclarant non intéressés émettent des doutes quant à la fiabilité des tests, la peur de faire une erreur de manipulation et la volonté d'être accompagné lors de la découverte du résultat.

L'étude conclut que peu d'hommes ont recours aux auto-tests mais qu'un accès en ligne pourrait être une réponse pertinente pour les hommes fortement exposés et qui vivent leur vie sexuelle dans le secret.

Saisi par la Ministre de la Santé en août 2012, le Conseil National du Sida s'est penché de nouveau sur cette question et vient d'émettre le 22 mars 2013 un avis **[22]** sur le sujet recommandant la mise à disposition des auto-tests de dépistage de l'infection à VIH qui doivent constituer un dispositif additionnel et complémentaire de l'offre existante de dépistage. Le CNS recommande des conditions d'usage garantissant un accompagnement performant des utilisateurs d'autotests avec une mobilisation large des acteurs de la lutte contre le sida, associations, professionnels et institutionnels.

Conclusion

La France s'est dotée très tôt dans l'histoire de l'épidémie d'un dispositif de dépistage réglementé et reposant sur la démarche volontaire et individuelle de réalisation du test permettant l'anonymat et la gratuité pour ceux qui le souhaitent et la confidentialité pour tous.

La priorité de santé publique autour du dépistage du VIH affichée dans le Plan National doit trouver son application sur le terrain par le renforcement de la formation, de l'accompagnement des soignants et des acteurs de prévention, du soutien financier aux actions tant dans le champ du dépistage classique que dans celui du dépistage rapide.

Les résultats des différentes recherches menées en France depuis 2009 dans le champ du dépistage (pratiques des médecins généralistes, utilisation des TROD dans les services d'urgences ou en CDAG, expériences conduites en milieu communautaire) font actuellement l'objet d'une réflexion globale qui donnera lieu à une publication par l'ANRS. Cette synthèse devrait permettre de guider efficacement la réflexion sur la stratégie de dépistage à mettre en œuvre en France et sur les dispositifs à mobiliser.

Bibliographie

Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

[1] Decret nº 88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L.355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine
MINISTERE DE LA SANTE
Bulletin Officiel du Ministère de la santé, 1988, n°88-28 bis

[2] Circulaire DGS/DHOS/SD6A/E 2 n° 2004-371 du 2 août 2004 relative aux consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
Bulletin Officiel du Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004, n°35

[3] Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
Journal officiel de la République française, 2010, n°12, p. 819

[4] Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisations du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
Journal officiel de la République française, 2010, n°131, p. 10572

[5] Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
Journal officiel de la République française, 2010, n°164, p. 13292

[6] Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2)
MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
Journal officiel de la République française, 2010, n°266, p. 20499

[7] AIDES
AIDES publie le premier bilan de son offre de dépistage rapide : un dispositif inédit, une efficacité incontestable
Pantin : AIDES, 2012, dossier de presse, 7 p.

[8] ANRS
A propos de la publication de résultats sur le dépistage du VIH dans les services d'urgences – note de presse
Paris : ANRS, 2011, 3 p.

[9] BAYER R, OPPENHEIMER G M
Routine HIV screening: what counts in evidence-based policy?
New England Journal of Medicine, 2011, vol.365, n°14, pp. 1265-1268

[10] BELTZER N, SABONI L, SAUVAGE C, SOMMEN C
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 : situation en 2010 et 18 ans d'évolution
Paris : ORS Ile-de-France, 2011, 153 p.

[11] BONNIN O
Les tests rapides s'accélèrent dans les associations
Journal du sida, 2012, n°224, pp.10-12

[12] BOZZETTE S A
Routine screening for HIV infection: timely and cost-effective
New England Journal of Medicine, 2005, vol.352, n°6, pp. 620-621

[13] CASALINO E, BERNOT B, BOUCHAUD O, et al.
Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Paris area: results from the ANRS URDEP study
PLoS One, 2012, vol.7, n°10, 8 p.

[14] CAZEIN F, LE STRAT Y, LE VU S, et al.
Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2011
BEH, 2012, n°46-47, pp.529-533

[15] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION
Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings
Morbidity and Mortality Weekly Report, 2006, vol.55, numéro spécial RR-14, pp. 1-17

[16] CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES ON HIV/AIDS AND STI OF CATALONIA
HIV community-based testing practices in Europe (HIV-COBATEST): Second Program of Community Action in the Field of Health - Health Programme 2008-2013
Barcelone : CEEISCAT, 5 p.

[17] CHAMPENOIS K, LE GALL JM, JACQUEMIN C, et al.
ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men
BMJ Open, 2012, e000693, 7 p.

[18] CHECKPOINT AMSTERDAM
Checkpoint annual report 2006
Amsterdam : Checkpoint, 2006, 33 p.

[19] CHRISTOPOULOS KA, WEISER SD, KOESTER KA, et al.
Understanding patient acceptance and refusal of HIV testing in the emergency department
BMC Public Health, 2012, vol.12, n°3, 7 p.

[20] COHEN MS, CHEN YQ, McCAULEY M, et al.
Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy
New England Journal of Medicine, 2011, [Epub ahead of print], 12 p.

[21] CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Effet préventif des antirétroviraux : un bénéfice conditionné par l'extension de l'offre de dépistage et la mise en œuvre du concept de « prévention combinée » - Communiqué de presse
Paris : CNS, 2011, 1 p.

[22] CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH
Paris : CNS, 2013, 12 p.

[23] CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Note valant avis sur les conditions de la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles
Paris : CNS, 2012, 9 p.

[24] CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France
Paris : CNS, 2006, 23 p.

[25] COUDRAY M, DE CARVALHO E, SIDA INFO SERVICE
Quels usages du dépistage du VIH et des IST en 2010 ?
Paris : Sida Info Service, 2010, 16 p.

[26] CREMIEUX AC, D'ALMEIDA KW, KIERZEK P, et al.
Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences d'Ile-de-France (ANRS 95008 et Sidaction), mai 2009-août 2010
BEH, 2010, n°45-46, pp. 460-463

[27] D'ALMEIDA KW, KIERZEK G, DE TRUCHIS P, et al.
Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments
Archives of Internal Medicine, 2011, [Epub ahead of print]

[28] DARMON L
CheckPoint : une heure pour faire le point
Le Journal du Sida, 2010, n°217, pp. 11-12

[29] DE BUSSCHER P-O
Le « sérotriage », une hypothèse tangible
TranscriptaseS, 2007, n°132, pp. 22-23

[30] DELAUGERRE C, SIMON F
Les TROD : des outils pour le dépistage du VIH ?
Feuillets de Biologie, 2012, vol.LIII, n°304, 9 p.

[31] DE LA FUENTE L, ROSALES-STATKUS M E, HOYOS J, et al.
Are participants in a street-based HIV testing program able to perform their own rapid test and interpret the results?
PLos ONE, 2012, vol.7, n°10, 10 p.

[32] DERCHE N, LE KIOSQUE INFOS SIDA ET TOXICOMANIE
Étude de faisabilité d'un dispositif associatif médicalisé de dépistage du VIH utilisant des tests rapides et s'adressant à des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)
Paris : Le Kiosque Infos Sida et Toxicomanie, 2010, 30 p.

[33] DIALLO M, OUEDRAGOU E, HUBER F
Tests de dépistage rapides : améliorer les pratiques de laboratoire
TranscriptaseS, 2012, n°148, pp. 6-7

[34] DILERNIA D A, MONACO D C, CESAR C, et al.
Estimation of HIV-testing rates to maximize early diagnosis-derived benefits at the individual and population level
PLos ONE, 2013, vol.8, n°1, 13 p.

[35] FALIU B
La Direction générale de la santé reste garante et pilote de la mise en œuvre
TranscriptaseS, 2011, n°145, pp. 13-16

[36] GANGULI I, COLLINS J E, REICHMANN W M, et al.
Missed opportunities: refusal to confirm reactive rapid HIV tests in the Emergency Department
PLos ONE, 2013, vol.8, n°1, 7 p.

[37] GAUTHIER R
Etude DEPIVIH : Faisabilité et acceptabilité de la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH par les médecins de ville en France. Thèse de doctorat de médecine
Paris : Université Paris Diderot, 2011, 156 p.

[38] GAUTHIER R, LIVROZET JM, PREVOTEAU DU CLARY F, et al.
Feasibility and acceptability of rapid HIV test screening (DEPIVIH) by French family physicians
Medecine et maladies infectieuses, 2012, vol.42, n°11, pp. 553-560

[39] GIRARD G, OHAYON M, LE TALEC J-Y et al.
Services communautaires gays : nouvelles expériences en France
La Lettre du CRIPS Ile-de-France, 2010, n°95, 4 p.

[40] GREACEN T, FRIBOULET D
Les autotests VIH accessibles via internet : où en sommes-nous en France ?
TranscriptaseS, 2009, n°141, pp. 48-50

[41] GREACEN T, FRIBOULET D, BLACHIER A, et al.
Internet-using men who have sex with men would be interested in accessing authorised HIV self-tests available for purchase online
AIDS Care, 2012, [Epub ahead of print]

[42] GREACEN T, FRIBOULET D, FUGON L et al.
Access to and use of unauthorised online HIV self-tests by internet-using French-speaking men who have sex with men
Sexually Transmitted Infections, 2012, *Published Online First: 21 March 2012*

[43] HAUTE AUTORITE DE SANTE
Dépistage de l'infection par le VIH en France – modalités de réalisation des tests de dépistage – conclusions
Saint-Denis : HAS, 2008, 17 p.

[44] HAUTE AUTORITE DE SANTE
Dépistage de l'infection par le VIH en France – stratégies et dispositif de dépistage – synthèse et recommandations
Saint-Denis : HAS, 2009, 41 p.

[45] JOLIVET A, SANGARE I, DIMANCHE S, et al.
Les tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD) du VIH par les médecins libéraux : bilan d'un an d'expérimentation en Guyane
Bulletin de veille sanitaire Antibes-Guyane, 2012

[46] JOURDAIN-MENNINGER D, LECOQ G, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)
Paris : IGAS, 2010, 80 p.

[47] LE GALL JM
Dépistage : une révolution tranquille ?
TranscriptaseS, 2011, n°145, pp. 27-29

[48] LE GALL JM, COOK E, MONVOISIN D, et al.
Peer prevention and HIV testing: the ANRS-Com'test project, France. Training Aides's non medical community actors to do rapid HIV testing and strengthen HIV prevention intervention with men who have sex with men
Paris : ANRS, AIDES, 2010, XVIII International AIDS Conference, Poster MOPE0475

[49] LEE J V, TAN S C, EARNEST A et al.
User acceptability and feasibility of self-testing with HIV rapid test
JAIDS, 2007, vol.45, n°4, pp. 449-453

[50] LERT F, PIALOUX G
Mission RDRs : prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST [synthèse]
Paris : 2009, 63 p.

[51] LOSINA E, PISCULLI M L, REICHMANN W M, et al
Factors associated with refusal of rapid HIV testing in an emergency department
Aids and behavior, 2011, vol.15, n°4, pp. 734-742

[52] LYDIE N, LERT F, RICHARD J-B
Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ?
in: Baromètre santé médecins généralistes 2009
Saint-Denis : INPES, 2011, pp. 136-155

[53] MARKS G, CREPAZ N, SENTERFITT J W, JANSSEN R S
Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs
JAIDS, 2005, vol.39, n°4, pp. 446-453

[54] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014
Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2010, 261 p.

[55] MORTIER E, ICHOU H, NIKPAY F, SIMONPOLI A-M
Acceptabilité du dépistage rapide du VIH dans un service d'urgence hospitalier d'Ile-de-France, janvier-avril 2008
BEH, 2008, n°45-46, pp. 457-460

[56] OMS, ONUSIDA
Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé
Genève : OMS, 2007, 56 p.

[57] PERSIAUX R
Du risque lié à la fellation, de la primo-infection et du "test and treat"
TranscriptaseS, 2011, n°146, p. 37

[58] PICARD O, GIRARD P-M, MORAND-JOUBERT L, et al.
Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France (janvier 2010-janvier 2011)
BEH, 2011, n°42, pp. 438-441

[59] ROUZIOUX C, LE TALEC J-Y, KREPLACK G, DERCHE N, TESSIER P, GUERIN A
CheckPoint-Paris : un dispositif fonctionnel, attractif et informatif
TranscriptaseS, 2011, n°145, pp. 30-32

[60] SIDA INFO SERVICE
Synthèse sur les appels en lien avec le dépistage du VIH : Sida Info Service 2009
Paris : Sida Info Service, 2010, 4 p.

[61] SULLIVAN A K, RABEN D, REEKIE J, et al.
Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV : results from HIDES I (HIV Indicator Diseases across Europe Study)
PLos One, 2013, vol.8, n°1, 7 p.

[62] VELTER A, BARIN F, BOUYSSOU A, et al.
Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, Prevagay 2009
BEH, 2010, n°45-46, pp. 464-467

[63] VERNAZZA P, HIRSCHEL B, BERNASCONI E, et al.
Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle
Bulletin des médecins suisses, 2008, vol. 89, n°5, pp. 165-169

[64] YAZDANPANAH Y, SLOAN CE, CHARLOIS-OU C, et al.
Dépistage en routine du VIH en population générale en France : estimation de l'impact clinique et du coût-efficacité
BEH, 2010, n°45-46, pp. 455-460

[65] YAZDANPANAH Y, SLOAN CE, CHARLOIS-OU C, et al.
Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness
PLoS One, 2010, vol.5, n°10, 9 p.

[66] YENI P dir.
Rapport 2010 : Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH : recommandations du groupe d'experts
Paris : La Documentation française, 2010, 417 p.

CRIPS
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Site web : http://paca.lecrips.net

Nos deux centres de documentation :

Marseille
18, rue Stanislas Torrents
13006 Marseille
(6ème arrondissement, métro Estrangin-Préfecture)
Tél : 04 91 59 83 83
Fax : 04 91 59 83 99
eMail : cripspaca.marseille@lecrips.net

Nice
6, rue de Suisse
06000 Nice
Tél : 04 92 14 41 20
Fax : 04 92 14 41 22
eMail : cripspaca.nice@lecrips.net

Heures d'ouverture
14h-18h, du lundi au jeudi, 14h-17h le vendredi,
le matin sur rendez-vous